

ESTADO DE NEW YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
INFORME MÉDICO DEL SOLICITANTE DE ADOPCIÓN (PRIMERA PARTE)
SOLO ADOPCIÓN

Instrucciones:

Solicitantes: Esta evaluación consta de tres partes. **Sección 1** para ser completada por el solicitante. **Sección 2** para ser completada por la agencia. **Sección 3** para ser completada por un médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor de asistencia médica autorizado y calificado en nombre del solicitante.

Buscador de casa/empleo de la agencia: Completar la **Sección 2** antes de darle el formulario al solicitante. Dar un formulario por solicitante.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		
NOMBRE DEL SOLICITANTE:		
APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO: / /	TELÉFONO: () -
DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE:		
Por la presente, solicito y autorizo a mi médico a proveer la siguiente información a la agencia que se nombra abajo.		
FIRMA DEL SOLICITANTE X		FECHA: / /
El solicitante arriba mencionado se ha postulado para adoptar un niño. Siguiendo las reglamentaciones del Estado de Nueva York, se requiere que la agencia obtenga un informe médico de la salud general de las personas que pertenecen al grupo familiar. Dicho informe debe demostrar que ningún miembro del grupo familiar padece de alguna enfermedad contagiosa, infección o dolencia o de alguna condición mental o física que pueda impedir el cuidado adecuado del niño en adopción. En el informe se debe incluir un examen físico del solicitante que se haya hecho menos de un año antes de la fecha en la que se envió la aplicación para ser aprobada por la agencia.		

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LA AGENCIA
NOMBRE DE LA AGENCIA:
DIRECCIÓN DE LA AGENCIA:
CONTACTO DE LA AGENCIA: (Nombre y número de teléfono del Buscador de casa/Empleado de la Agencia)

SECCIÓN 3: Para ser completada por un médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor de asistencia médica autorizado y calificado en nombre del solicitante.			
Responda a cada una de las siguientes preguntas a su mejor saber y entender:			
¿Tiene la persona alguna enfermedad o condición crónica o grave por la que haya recibido o reciba tratamiento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Está tomando actualmente algún medicamento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Alguna vez ha tenido que remitir a esta persona a otro tipo de servicio médico, servicios de salud mental o tratamientos por abuso de alcohol/sustancias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Indique una explicación para agregar a las respuestas "Sí".			
INFORME DE SALUD GENERAL DEL SOLICITANTE			
FECHA DEL EXAMEN FÍSICO: / /	ESTATURA: :	PESO: libras	PRESIÓN SANGUÍNEA: /
VISTA:	AUDICIÓN:		
CARDIOVASCULAR:	PULMONAR:		
GASTROINTESTINAL:	ENDOCRINO:		
SISTEMA NERVIOSO	MUSCULOESQUELÉTICO:		
PIEL:			

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

NOMBRE DE LA AGENCIA:

¿Padece esta persona de alguna enfermedad contagiosa, infección o dolencia o alguna condición mental o física que pueda impedir el cuidado adecuado del niño en adopción? No Sí

Explicar:

¿Presenta alguna afección no identificada que pueda ser un riesgo para la salud y la seguridad de los niños? No Sí

Explicar:

Resultados

Según la información que detallo arriba y mis conocimientos sobre el individuo, considero que esta persona:

TIENE **NO TIENE** las condiciones físicas que se consideran necesarias para vivir hasta la mayoría de edad del niño así como tener la energía y otras capacidades para cumplir las responsabilidades parentales.

En caso negativo:

Explicar:

FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO:

X

NÚMERO DE TELÉFONO:

() -

FECHA EN QUE SE FIRMÓ:

/ /

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR:

SELLO DEL MÉDICO:

EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERÁ ENTREGAR EL INFORME COMPLETO AL CONTACTO DE LA AGENCIA DETALLADO EN LA SECCIÓN 2.

OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
DEL ESTADO DE NEW YORK

INFORME MÉDICO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR (PARTE DOS)
SOLO ADOPCIÓN

Instrucciones:

Solicitantes: Esta evaluación consta de tres partes. **Sección 1** para ser completada por el solicitante si el miembro del grupo familiar es menor de 18 años o por el miembro del grupo familiar si éste es mayor de 18 años. **Sección 2** para ser completada por la agencia. **Sección 3** para ser completada por un médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor de asistencia médica autorizado y calificado para cada miembro del grupo familiar.

Buscador de casa/empleo de la agencia: Completar la **Sección 2** antes de darle el formulario al solicitante. Dar un formulario por solicitante.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR		
APPELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO: / /	TELÉFONO: () -
La persona mencionada arriba vive en la misma casa que las personas que solicitan adoptar un niño. Siguiendo las reglamentaciones del Estado de Nueva York, se requiere que la agencia obtenga un informe médico de la salud general de las personas que pertenecen al grupo familiar. Dicho informe debe demostrar que ningún miembro del grupo familiar padece de alguna enfermedad contagiosa, infección o dolencia o de alguna condición mental o física que pueda impedir el cuidado adecuado del niño en adopción. En el informe se debe incluir un examen físico del miembro del grupo familiar que se haya hecho menos de un año antes de la fecha en la que se envió la aplicación para ser aprobada por la agencia.		
NOMBRE DEL SOLICITANTE:	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:	
DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE:		
Por la presente, solicito y autorizo a mi médico a proveer la siguiente información a la agencia que se nombra abajo.		
MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR O PADRE/MADRE/TUTOR SI EL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR ES MENOR DE 18 AÑOS. FIRMA: X	FECHA: / /	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LA AGENCIA
NOMBRE DE LA AGENCIA:
DIRECCIÓN DE LA AGENCIA:
CONTACTO DE LA AGENCIA: (Nombre y número de teléfono del Buscador de casa/Empleado de la Agencia)

SECCIÓN 3: Para ser completado por un médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor de asistencia médica autorizado y calificado para cada miembro del grupo familiar del solicitante	
Responda a cada una de las siguientes preguntas a su mejor saber y entender:	
¿Tiene la persona alguna enfermedad o condición crónica o grave por la que haya recibido o reciba tratamiento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Está tomando actualmente algún medicamento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Alguna vez ha tenido que remitir a esta persona a otro tipo de servicio médico, servicios de salud mental o tratamientos por abuso de alcohol/sustancias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Padece esta persona de alguna enfermedad contagiosa, infección o dolencia o alguna condición mental o física que pueda impedir el cuidado adecuado del niño en adopción?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Presenta alguna afección no identificada que pueda ser un riesgo para la salud y la seguridad de los niños?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Indique una explicación para agregar a las respuestas "Sí".	
¿Tiene la persona mencionada arriba buena salud física y mental y está libre de enfermedades contagiosas, infecciones o dolencias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Indique una explicación para agregar a las respuestas "No".	

PARA COMPLETAR NOMBRE DEL SOLICITANTE: NOMBRE DE LA AGENCIA:

FIRMA DEL PROVEEDOR: X	NÚMERO DE TELÉFONO: () -	FECHA EN QUE SE FIRMÓ: / /
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR:		
SELLO DEL MÉDICO:		
EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERÁ ENTREGAR EL INFORME COMPLETO AL CONTACTO DE LA AGENCIA DETALLADO EN LA SECCIÓN 2.		